

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00657 vom 7. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00657

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00657 du 7 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00657 del 7 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 57a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit (Satz 1), wobei die versicherte Person Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat. Verfügungen der kantonalen IV-Stellen sind sodann gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG - ohne vorgängiges Einspracheverfahren gemäss Art. 52 ATSG - direkt beim Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar.

Ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben der expliziten gesetzlichen Regelung in Art. 42 ATSG auch in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) garantiert wird (vgl. BGE 124 V 181 E. 1a), ist das Recht der betroffenen Person, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (vgl. BGE 124 V 181 E. 1a mit Hinweisen; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 42 N 10 ff.).

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 115 V 305 E. 2h). Laut ständiger Praxis des Bundesgerichts kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dann als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 103 V 133 E. 1 mit Hinweisen).

Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 362 E. 2b, 116 V 186 E. 3c und d).

1.2 Mit Vorbescheid vom 30. Juni 2010 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass sie gedenke, ihr Rentengesuch abzuweisen, da der Invaliditätsgrad lediglich 31 % betrage (Urk. 7/37). Sowohl die Pensionskasse Y.____ als

auch die Beschwerdeführerin erhoben hiergegen am 2. Juli 2010 (Urk. 7/40) beziehungsweise am 30. Juni 2010 (Urk. 7/41; Einwandergerkung vom 30. Juli 2010, Urk. 7/51) Einwand. Die Beschwerdegegnerin holte darauf hin weitere medizinische Unterlagen des Haftpflichtversicherers ein und beteiligte sich an den Gutachtensaufträgen des Unfallversicherers (vgl. Feststellungsblatt vom 2. März 2011, Urk. 7/63). Zu den beiden Gutachten (orthopädisch und psychiatrisch) liess sie den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung nehmen, der Beschwerdeführerin selber legte sie indessen weder die Gutachten zur Stellungnahme vor, noch erliess sie einen neuen Vorbescheid, gegen den die Beschwerdeführerin hätte Einwand erheben können, sondern sie sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 19. Mai und 9. Juni 2011 eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 2/1-2). Durch diese Handlungsweise hat die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör verletzt. Da jedoch die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung des Vorbescheidverfahrens beziehungsweise zur Einholung einer Stellungnahme einem formalistischen Leerlauf gleichkame, ist davon abzusehen, und die Sache ist materiell zu entscheiden.

2.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.1.1.1.1.1 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2.1.1.1.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte

Beweismaterial zu wÄrdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

3. Die Beschwerdeführerin geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsbeeinträchtigung einer 90%igen erwerblichen Tätigkeit nachginge (vgl. Feststellungsblatt vom 2. März 2011, Urk. 7/63/2, Urk. 2/1 S. 3 und Urk. 2/2 S. 3). Soweit die Beschwerdeführerin erneut geltend macht, dass sie im Gesundheitsfall 100 % arbeiten würde (Beschwerde, Urk. 1, S. 5 Ziff. 4), ist das angesichts der Tatsache dass sie, als ihre Tochter das 16. Altersjahr erreicht hatte (März 2005), ihr Arbeitspensum von bisher 70 % nur auf 90 % erhöht hatte, nicht glaubhaft.

4. Streitig und zu prägen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente hat. Der Gesundheitszustand stellt sich folgendermassen dar:

4.1 Dr. med. B., Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Arztbericht vom 10. Februar 2009 (Urk. 7/11/1-5) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Tibiakopflufraktur rechts bei initial Fixateur externe am 11. September 2008 und Osteosynthese/Rekonstruktion am 23. September 2008, (2) eine Depression und (3) eine Palisadendegeneration der Netzhaut und Makulaforamen rechts mit Visuseinbusse auf 0,16 bei operativer Intervention am 29. Januar 2007. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (1) eine Refluxkrankheit mit PPI Therapie on demand und (2) ausgedehnte Narben über dem Thorax ventral, am Abdomen und rechten Arm nach Verbrennung 3. Grades und Hauttransplantationen in der Kindheit.

Zurzeit bestehe ein nur teilbelastbares rechtes Kniegelenk nach komplizierter Gelenkrekonstruktion mit autologem Knochen und Osteosynthese. Das Gelenk sei noch geschwollen und eingeschränkt in der Bewegung. Die Beschwerdeführerin klage über belastungsabhängige und Ruheschmerzen. Daneben habe sich die vorbestehende schwere Depression noch aggraviert. Aufgrund der Erschöpfungsdepression mit geringer Belastbarkeit und grosser Ermüdbarkeit und der eingeschränkten mechanischen Belastbarkeit bei noch frischer Kniefraktur bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Mit der Wiederaufnahme einer Tätigkeit könne vorerst noch nicht gerechnet werden.

4.2 Dr. med. C., Allgemeine Medizin FMH, wurde von der Pensionskasse Y. als Vertrauensarzt mit der Abklärung der Beschwerdeführerin beauftragt. In

seinem Bericht vom 23. Januar 2009 (Urk. 7/5) schrieb er, es lässen vertrauensärztliche Berichte vom 16. Mai 2007 und 19. August 2008 vor, worin eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % seit 1. Januar 2008 (Auge und psychiatrisch) bei einer ursprünglichen 90%igen Anstellung festgestellt worden sei. Jetzt sei die Beschwerdeführerin auf dem Fussgängerstreifen angefahren worden und habe dabei eine Tibiakopf-Luxationsfraktur rechts mit Impression des lateralen Plateaus erlitten. Die beiden Operationen seien komplikationslos verlaufen, der postoperative Verlauf sei durch eine Wundheilungsstörung, die eine nachfolgende dreimonatige Antibiose (bis April 2009) nötig gemacht habe, gekennzeichnet. Die Rehabilitation sei günstig verlaufen, das Mobilisationsziel habe erreicht werden können und die radiologische Kontrolle im Dezember 2008 habe weiterhin eine korrekte Stellung des Tibiakopfes ohne Lockerungszeichen der Implantate gezeigt.

4.3 Gemäss Bericht von Dr. med. D. ____, Facharzt für Chirurgie, Leitender Arzt am E. ____, vom 24. Februar 2009 (Urk. 7/12) erlitt die Beschwerdeführerin eine Tibiakopf-Luxationsfraktur rechts und leidet an einer bekannten psychischen Überbelastungssituation im Sinne eines Burn-outs. Die Beschwerdeführerin habe nach wie vor belastungsabhängige Knieschmerzen rechts, und es bestehe ein hohes Risiko, dass sich eine posttraumatische Arthrose entwickle, was im weiteren Verlauf eine Knieprothese notwendig machen würde. Vom 11. September 2008 bis 18. Februar 2009 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab 19. Februar 2009 bestehe eine solche von 75 %. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr, eine rein sitzende Tätigkeit sei ganztags und eine wechselbelastende Tätigkeit zu 50 % zumutbar.

4.4 Aufgrund der letzten Kontrolle vom 19. Juni 2009 diagnostizierte Dr. med. F. ____, Augenarzt FMH, spez. Augenchirurgie FMH, eine funktionelle Einseitigkeit, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, und Depressionen, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die bisherige Tätigkeit sei nur noch reduziert möglich, da kein Stereosehen möglich sei und die Beschwerdeführerin visusbehindert sei (Urk. 7/22).

4.5 Dr. med. G. ____, FMH Psychiatrie, Psychotherapie, schilderte im Bericht vom 22. Juni 2009 (Urk. 7/18), die eigentlichen Probleme hätten vor ca. sechs Jahren begonnen, als die Beschwerdeführerin in ihrem Arbeitsbereich neue Aufgaben bekommen habe, denen sie nicht gewachsen gewesen sei. Bis ca. 2006 habe sie zu 70 % als Hauswirtschaftsleiterin gearbeitet. Im 2006 habe sie das Pensum auf 90 % erhöht. Retrospektiv sei dies schlecht gewesen, weil es zu einer Überforderung gekommen sei, welche ein Jahr später zu einer Erschöpfungsdpression geführt habe. Seit 2007 sei die Beschwerdeführerin oft augenbedingt zu 100 % und häufig aufgrund des Erschöpfungssyndroms zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Ab Herbst 2007 habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin auf Dauer nur noch zu 40 % arbeitsfähig sein werde, und dies auch nur, wenn die vorgesehenen Anpassungen am Arbeitsplatz (Computer, grössere Schrift etc.) eingehalten werden könnten. Nach dem Unfall aber habe sich die Situation völlig verändert. Die Beschwerdeführerin habe physische und psychische, traumabedingte Unfallfolgen erlitten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Verbesserung der psychischen Situation sei erst absehbar, wenn für die Beschwerdeführerin klar und einsehbar sei, wie ihre Existenz abgesichert sei. Die Stimmung sei labil, die Ungewissheit gross, und auch eine antidepressive Therapie müsse weiterhin optimiert werden. Die Prognose sei unklar, eine

Wiedereingliederung an einem neuen Arbeitsplatz sei eher undenkbar.

4.6 Die RAD-Ärzte Dr. med. H.____, Praktischer Arzt, und Dr. med. I.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, stellten in ihrem Bericht vom 12./19. Mai 2010 (Urk. 7/29-31) folgende Hauptdiagnosen:

■ Status nach mittelgradiger, depressiver Episode nach Unfall im September 2008, gegenwärtig leichte depressive Episode

- Status nach Tibialuxationsfraktur vom 11. September 2008 (als Folge des oben genannten Verkehrsunfalles)

- St. n. Osteosynthese/Rekonstruktion September 2008

- posttraumatischer Arthrose■.

Als Nebendiagnosen nannten sie:

■ Palisadendegeneration der Netzhaut und Makulaforamen rechts mit Visuseinbusse

- Status nach Operation (Pars plana Vitrektomie (PPV), Silikonentfernung, Lensektomie, Retinektomie, Membranpeeling, Lufttamponade Januar 2008

- funktionelle Einseitigkeit■.

Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie folgende Diagnosen auf:

■ Adipositas

- Ausgedehnte Narben über Thorax ventral, Abdomen, rechter Arm nach Verbrennung 3. Grades■.

Aus organischer Sicht bestanden als Unfallfolgen belastungsabhängige Beschwerden. Nach versicherungsmedizinischer Einschätzung resultiere aufgrund des Kniegelenkschadens und der damit einhergehenden reduzierten Mobilität für die bisherige Tätigkeit eine auf 20 % reduzierte Arbeitsfähigkeit. Behinderungsangepasste Arbeiten (leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung mit überwiegend sitzenden Anteilen, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 5 kg, ohne hohes Treppensteigen und ohne besondere Anforderungen an das räumliche Sehen) seien zu 100 % zumutbar. Diese Einschränkung bestehe seit dem Unfalldatum im September 2008.

Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin durch ihre Depression weniger in der Lage, sich auf ihre körperlichen Einschränkungen einzustellen und sich anzupassen. Es falle ihr deshalb schwerer, sich damit auseinanderzusetzen, dass ihre bisherige Tätigkeit, ihre Lebensstelle, von ihr nicht mehr gleich ausgeführt werden könne wie bisher. Sich eine andere Tätigkeit vorzustellen, falle der Beschwerdeführerin extrem schwer. Aus rein psychiatrischer Sicht jedoch sei die Beschwerdeführerin für eine ihrem körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege weniger in der nur noch leichten Depression begründet als in der drohenden Verschlechterung bei Überforderung. Die Beschwerdeführerin neige dazu, über ihre Erschöpfungsgrenze

zu arbeiten, und sei deshalb anfällig dafür, dass sich die Depression wieder verschlechtern könnte. Zusätzlich zum Ressourcenprofil durch die somatischen Einschränkungen sollte die Beschwerdeführerin wenig Druck ausgesetzt werden und die Möglichkeit haben, Pausen zu machen. Ausserdem sei - durch die längere Absenz vom Arbeitsmarkt - ein langsamer Wiederaufbau der Arbeitsfähigkeit anzustreben.

Nachdem die Beschwerdeführerin wegen ihres Unfalls aus körperlichen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, könne aus rein psychiatrischer Sicht eine theoretische Arbeitsfähigkeit von 70 % für Tätigkeiten ohne Druck attestiert werden.

4.7 Dr. Z. ___ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 26. Oktober 2010 (Urk. 7/61/14-34) eine langgezogene depressive Episode von leichter bis mittelschwerer Ausprägung mit somatischem Syndrom bei bekannter rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.00), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, sowie anankastisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Aufgrund der anamnestischen und fremdanamnestischen Angaben, der ärztlichen Vorberichte und der selber erhobenen Befunde sei die Diagnose einer langgezogenen depressiven Episode von leichter bis mittelschwerer Ausprägung mit somatischem Syndrom bei bekannter rezidivierender depressiver Störung eindeutig zu stellen. Die erforderlichen diagnostischen Kriterien nach ICD-10 seien vollumfänglich erfüllt, namentlich leide die Beschwerdeführerin unter Schlafstörungen, Müdigkeit, trauriger Stimmung, pessimistischen Gedanken, Gefühlen, sozialem Rückzug und herabgesetztem Vitalgefühl.

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf als hauswirtschaftliche Leiterin als auch in einer allfälligen behinderungsangepassten Tätigkeit qualitativ und quantitativ zu 50 % arbeitsunfähig. Die Einschränkung der eher hoch bemessenen Arbeitsunfähigkeit bei der diagnostizierten Störung sei folgendermassen begründet: Die Beschwerdeführerin habe in der eigenen Untersuchung eine affektive Beeinträchtigung durch eine klare depressive Symptomatik, die sie in ihrer Berufsausübung einschränke. Die Einschränkung bestehe in der Kapazität, Schwierigkeiten und Konflikte zu bewältigen und zu lösen, was zum Aufgabenbereich einer Leiterin der Hauswirtschaft gehöre. Die Kapazität zur Bewältigung dieser Aufgaben sei bei der Beschwerdeführerin klar herabgesetzt. Sie benötige mehr Erholungszeit und Zeit zur Abgrenzung vom Arbeitsplatz. Vor allem im Krankheitsverlauf habe die Beschwerdeführerin immer wieder Schwankungen in der Stimmung, die eine gesamthafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. An Ressourcen seien andererseits die gute kognitive Leistungsfähigkeit und die hohe Arbeitsmotivation zu verzeichnen.

4.8 Dr. A. ___ stellte im orthopädischen Gutachten vom 8. November 2010 folgende Diagnosen (Urk. 7/61/2-13 Ziff. 4):

1. Beginnende Gonarthrose rechts mit Valgus-Fehlstellung von 10° valgus rechts (links 5°) bei Zustand nach Tibiakopftrümmerfraktur rechts, AO Typ C3, und primärer Fixateur extern-Versorgung am 11.09.08, definitive Plattenosteosynthese am 23.09.08 (s. Lokal Status und Röntgenbilder)

2. Wundheilungsstörung Unterschenkel rechts medial bei Staphylokokkus Koagulase negativ, auf Augmentin resistent, Zustand nach Wund-Debridement und Sekundärnaht am 26.12.08, nachfolgender Antibiotikatherapie mit Vancomycin und Rifampicin für insgesamt 3 Monate (s. Lokal Status und Krankengeschichte)

3. Burnout-Syndrom 2005 mit rezidivierend depressiven Phasen (s. Krankengeschichte und Schilderung des Beschwerdebildes)

4. Amaurose rechts bei Amotio retinae rechts 2006 und diversen Operationen (s. Krankengeschichte)

5. Adipositas per magna, BMI 38 (s. Krankengeschichte)

Beim Gespräch sei die Beschwerdeführerin während zirka einer Stunde mit 90° angewinkeltem rechtem Bein gesessen, ohne eine auffällige unruhige Beweglichkeit des Beines zu zeigen. Dies heisse, dass sie diese Position während einer Stunde problemlos halten könne. Im Anschluss an die Befragung habe sich bei der Untersuchung des rechten Kniegelenks eine nicht vermehrt veränderte Hautsituation oder Schwellung des rechten Kniegelenks gezeigt als vor dem Gespräch. Eine Verbesserung des orthopädischen Zustands könne allenfalls mit einer Knie totalprothese erreicht werden, wobei die Erfolgsaussichten bei schon jahrelang bestehender Schmerzsituation eher zurückhaltend eingestuft werden müssten. Eine Knie totalprothese würde nichts an der Gesamtsituation der Beschwerdeführerin ändern.

Aus orthopädischer Sicht (Kniebeschwerden) sei eine Tätigkeit als Hauswirtschaftsangestellte nicht mehr zumutbar. In einer vermehrt sitzenden Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin durchschnittlich vier Stunden pro Tag arbeiten.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Beurteilung auf den RAD-Bericht der Dres. H. ___ und I. ___ (E. 4.6; vgl. Feststellungsblatt vom 2. März 2011, Urk. 7/63). In somatischer Hinsicht attestierte Dr. H. ___ eine Arbeitsfähigkeit von 20 % in der ursprünglichen Tätigkeit und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit. Nachdem das orthopädische Gutachten von Dr. A. ___ vom 8. November 2010 (E. 4.8) vorgelegen hatte, korrigierte er seine Einschätzung dahingehend, dass mit einer aufgrund der Schmerzsymptomatik begründbaren Einschränkung durch vermehrte Pausen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben sei (vgl. Feststellungsblatt vom 2. März 2011 S. 5, Urk. 7/63). Weshalb er im Wesentlichen an seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festhält, nachdem der orthopädische Facharzt in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich von einer durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit von vier Stunden pro Tag ausgeht, kann seiner Stellungnahme zwar nicht entnommen werden, jedoch erscheint die Einschätzung des Gutachters aus folgenden Gründen als nicht schlüssig:

Abgesehen von der Amaurose rechts bei Amotio retinae liegt bei der Beschwerdeführerin als einziges körperliches Leiden die beginnende Gonarthrose rechts mit Valgus Fehlstellung bei Status nach Tibiakopftrümmerfraktur vor. Dass eine sitzende Tätigkeit lediglich zu vier Stunden täglich möglich sein soll, wird von Dr. A. ___ nicht begründet. Es findet sich im Gutachten einzig ein Hinweis, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung während zirka einer Stunde mit

90° angewinkeltem Bein gesessen sei, ohne eine auffällige, unruhige Beweglichkeit des Beines zu zeigen. Es habe nach dieser Stunde auch keine veränderte Hautsituation oder Schwellung des rechten Kniegelenkes beobachtet werden können, was im Widerspruch stehe zur Klage der Beschwerdeführerin, sie müsse ihr rechtes Bein nach maximal einstündigem Sitzen hochlagern, weil es sonst massiv anschwellen würde. Ob und weshalb nach mehr als vierstündigem Sitzen vermehrte Kniebeschwerden auftreten würden, wird im Gutachten nicht erörtert, und es ist daher nicht nachvollziehbar, dass eine ganzsitzende Tätigkeit nicht zumutbar sein soll, dies umso mehr, als Dr. D. ___ im Bericht vom 24. Februar 2009 (E. 4.3) eine rein sitzende Tätigkeit als zu 100 % zumutbar erachtete.

5.2 Hinsichtlich der psychischen Beschwerden stimmen die Diagnosen der Psychiater im Wesentlichen überein. RAD-Ärztin Dr. I. ___ (E. 4.6) attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer Tätigkeit, in welcher die Beschwerdeführerin keinem Druck ausgesetzt ist. Dr. Z. ___ dagegen ging von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus, und er erklärte, die Einschränkung der eher hoch bemessenen Arbeitsunfähigkeit bei der diagnostizierten Störung sei dadurch begründet, dass die Beschwerdeführerin wenig Kapazität habe, Schwierigkeiten und Konflikte zu bewältigen und zu lösen, was zum Aufgabenbereich einer Leiterin der Hauswirtschaft gehöre. Die Tätigkeit als Leiterin der Hauswirtschaft entspricht der ursprünglichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin, und es scheint nachvollziehbar, dass sie in dieser Tätigkeit aufgrund der dargelegten mangelnden Kapazität, Schwierigkeiten und Konflikte zu lösen, eingeschränkt ist. Allerdings kann mit der mangelnden Fähigkeit, Führungsaufgaben zu übernehmen, nicht erklärt werden, weshalb die Arbeitsfähigkeit auch in einer Tätigkeit ohne (psychischen) Druck nur 50 % betragen soll. Dass sich die Beschwerdegegnerin auf den RAD-Bericht abstützte, in welchem eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit attestiert wurde, weil die Beschwerdeführerin dazu neige, über ihre Erschöpfungsgrenze zu arbeiten, und deshalb anfällig dafür sei, dass sich die Depression wieder verschlechtern könnte, ist daher nicht zu beanstanden.

5.3 Insgesamt erweist sich der vorliegende Sachverhalt in Bezug auf die orthopädischen Einschränkungen als nicht genügend abgeklärt. Von einer Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin kann indessen - wie im Folgenden zu zeigen sein wird - abgesehen werden.

E. 6

6.1 Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Die Invalidenversicherung hat daher nicht dafür einzustehen, dass eine versicherte Person zufolge ihres Alters keine ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung angepasste Arbeit mehr findet. Soweit aber die Zumutbarkeit weiterer Erwerbstätigkeit nach Massgabe der Selbsteingliederungspflicht und der auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vorhandenen Arbeitsgelegenheiten in Frage steht, stellt das fortgeschrittene Alter keinen invaliditätsfremden Faktor dar. Vielmehr ist in diesem Fall zu beurteilen, ob für die versicherte Person auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt realistischerweise geeignete Arbeitsstellen zur Verfügung stehen, an denen sie die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit zumutbarerweise noch ganz oder teilweise verwerten kann. Im Rahmen der sowohl durch den Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes als

auch die Selbsteingliederungspflicht gebotenen Zumutbarkeitsprüfung gehört daher das fortgeschrittene Alter der versicherten Person zu den ihre erwerblichen Möglichkeiten und damit ihre Invalidität beeinflussenden persönlichen Eigenschaften (Urteil des Bundesgerichts I 612/02 vom 10. März 2003 mit Hinweisen).

6.2 Die am 16. Mai 1950 geborene Beschwerdeführerin war in dem für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der Rentenverfügung 61 Jahre alt. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens war sie seit 1991 bis 2009 als Leiterin Hauswirtschaft bei der Y. tätig (Urk. 7/13). Eine ihr zumutbare leichte sitzende Verweisungstätigkeit, bei welcher sie keinem Druck ausgesetzt wäre und kein binokulares Sehen erfordert, wäre mit einem Berufswechsel verbunden und setzte daher ein hohes Mass an Anpassungsfähigkeit voraus. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die Beschwerdeführerin auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich in einem reduzierten Umfang eingesetzt werden kann. Stellt man diese persönlichen und beruflichen Gegebenheiten den objektiven Anforderungen eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes gegenüber, kommt man zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Arbeitgeber mehr findet, der sie für eine geeignete Tätigkeit einstellen würde, zumal behinderungsgerechte Arbeitsplätze von Behinderten in jungem und mittlerem Alter ebenfalls stark nachgefragt werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitpunkt lediglich eine relativ kurze Aktivitätsdauer von knapp drei Jahren bis zum Erreichen des AHV-Alters verblieb, was zusammen mit der beruflichen Unerfahrenheit und altersbedingt geringer Anpassungsfähigkeit einen durchschnittlichen Arbeitgeber mit grosser Wahrscheinlichkeit davon abhalten würde, die Beschwerdeführerin einzustellen. Es ist daher festzuhalten, dass die der Beschwerdeführerin verbliebene Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird und deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zugemutet werden kann. Ist aber eine Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich nicht mehr verwertbar, liegt im Erwerbsbereich, in welchem die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden zu 90 % tätig wäre (vgl. E. 3), eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor. Bezogen auf den Erwerbsbereich resultiert ein Invaliditätsgrad von 90 %, womit die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

E. 7

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten in der Höhe von Fr. 700.-- sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

7.2 Ausgangsgemäss hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen und ist auf Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen vom 19. Mai 2011 und 9. Juni 2011 aufgehoben mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2009 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Claudia Mock Eigenmann, unter Beilage eines Doppels von Urk. 11
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage eines Doppels von Urk. 11
- Pensionskasse Y. ____
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.